

ASSESSMENTS

Name: _____

Datum: _____

Information aus der Anamnese(siehe A-Blatt)

SCHMERZ: JA/NEIN**NARBEN:** JA/NEIN**TÄTOWIERUNGEN:** JA/NEIN

ATMUNG

a) Atmung beobachten - Bauch/Brust/Nase/Mund/Hände auf Rücken legen

b) Funktioneller Ein-Ausatemtest - 1Minute-EIN: _____ AUS: _____

c) BOLT SCORE: _____

MACULARORGANE

UTRICULUS RE/LI

SACCULUS RE/LI

GANGANALYSE (Aufgaben geben)

KOPF: Wackelkopf ja/nein RE/LI _____

ARMSCHWUNG: SCHULTER RE/LI _____

HANDPOSITION: RE/LI. _____

POSITION KNIE-FÜSSE: Hirnstamm RE/LI ; Kleinhirn RE/LI

Drehung über RE oder LI

RHOMBERG

STABILITÄT DES STANDES:

RE instabil LI instabil

TANDEM WALK: RE/LI**TANDEM STAN: RE/LI**

BIOS

SEITNEIGUNG: RE LI
KOPF RE KOPF LI

RAPS

ELLENBOGEN: HÄNDE: FINGER(Klavierspieler):
HÜFTE: FÜSSE:

SEHSCHÄRFE:

PHERIPHERES SEHEN:

BINOKULARES SEHEN: Kugel 2: Kugel:3 Kugel:1

Krafttest

BAUCHKRAFTEST:

HÜFTBEUGETEST:

MOBILITYTEST:

